

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 18 juillet 1891, à 1 heure

Par DE VLACCOS SPIRIDION

Né à Mételin (Turquie), le 24 Décembre 1860.

DE LA SUTURE PRIMITIVE DE LA VESSIE
A LA SUITE DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. \ LE DENTU, professeur.
 \ SCHWARTZ, BRUN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° - 299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 18 juillet 1891, à 1 heure

Par DE VLACCOS SPIRIDION

Né à Mételin (Turquie), le 24 Décembre 1860.

DE LA SUTURE PRIMITIVE DE LA VESSIE
A LA SUITE DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE



Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. } LE DENTU, professeur.
 } SCHWARTZ, BRUN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUD.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLE	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLE	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni mprobation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

HOMMAGES A MES MAITRES

Mes premières paroles doivent être ici des paroles de remerciements et de gratitude envers les Professeurs de cette Faculté.

Que mon éminent maître, Monsieur le professeur Panas, veuille bien agréer ici l'expression de ma vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée dans le cours de mes études et pour l'honneur qu'il a daigné me faire en acceptant la présidence de ma thèse.

Que mon maître en anatomie, Monsieur le D^r Ricard, professeur agrégé, et Monsieur le D^r Clado, chef de clinique, reçoivent mes sincères remerciements d'avoir bien voulu me communiquer une récente observation inédite de suture vésicale qu'ils ont pratiquée.

Que tous mes maîtres de cette Faculté veuillent bien agréer ici l'hommage de ma profonde gratitude.

DE LA

SUTURE PRIMITIVE DE LA VESSIE

A LA SUITE DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

INTRODUCTION

Les vicissitudes qu'a eu à traverser, durant des siècles, la taille hypogastrique, étaient dues aussi bien à l'incertitude du traitement de la plaie vésico-abdominale, qu'aux difficultés du manuel opératoire. Car, si la présence du péritoine dans le champ de l'opération, rappelait à l'opérateur la rigoureuse devise « *Noli me tangere* » de la sereuse ; la présence du liquide vésical, prêt à s'épancher dans le petit bassin, rappelait au thérapeute le tableau navrant de l'infection urinaire.

C'est donc à assurer l'intégrité du péritoine et à conjurer l'infiltration d'urine que se sont attachés, de tout temps, ceux qui voyaient en la taille hypogastrique une digne rivale de la vieille taille périnéale.

Aussi tant au point de vue du manuel opératoire qu'au point de vue du traitement de la plaie hypogastrique,

une foule de méthodes, parfois compliquées et dangereuses, ont été tour à tour préconisées.

Je ne me propose d'insister que sur la *suture primitive de la vessie* qui fera l'objet de cette thèse.

Cette méthode de traitement de la plaie hypogastrique, déjà, depuis plusieurs années, en faveur auprès des chirurgiens étrangers, semble, depuis quelque temps, gagner peu à peu la confiance des jeunes chirurgiens français. Aussi la suture primitive de la vessie est-elle à l'ordre du jour en France.

DIVISION DU SUJET

Je diviserai ce travail en quatre parties.

Dans la première partie je ferai rapidement l'historique des méthodes de traitement de la plaie vésico-abdominale et j'insisterai particulièrement sur la suture vésicale et sur les différents procédés de cystorrhaphie.

Dans la deuxième partie j'étudierai les avantages de la suture vésicale et ses conditions de succès et je ferai suivre cette étude de quelques réflexions au sujet de l'hérmeticité de la suture; j'étudierai ensuite la suture de la plaie abdominale.

La troisième partie comprendra les observations cliniques.

La quatrième sera consacrée aux conclusions.

Enfin un épilogue terminera ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — PROCÉDÉS DE SUTURE.

Historique. — Ce fut Franco qui, le premier, pratiqua, en 1564, la taille hypogastrique ; mais on ignore quel traitement il appliqua à son opéré qui guérit. Ce que l'on sait, c'est que Francò s'empessa de bannir et de déconseiller l'opération qu'il venait d'inventer : « Combien je ne conseille à homme d'ainsi faire », écrivait-il.

Rousset qui, vingt ans après Franco, reprit l'étude théorique de la taille haute, ne parle guère de la suture de la vessie. Un siècle plus tard, Méry pouvait encore écrire au sujet de la taille hypogastrique : « Supposé que les plaies de vessie ne sont pas mortelles. »

Il faut arriver au ^{xviii}^e siècle pour voir la cystotomie sus-pubienne et avec elle le traitement de la plaie vésico-abdominale, entrer dans une ère d'étude et de progrès. Les chirurgiens de cette époque connaissent mieux l'anatomie de la région, les rapports du péritoine avec la vessie, et se rendent compte des avantages que peut offrir, en certains cas, la taille haute sur la taille périnéale.

Solingen, Dionis, Douglas, Frère-Côme, Deschamps, attachent leurs noms à des procédés divers qui, tous, ont

pour but de perfectionner le manuel opératoire, d'assurer l'intégrité du péritoine, mais surtout de mettre la plaie hypogastrique à l'abri de la redoutable infiltration urineuse.

Solingen, le premier, en 1698, recommande la suture de la plaie hypogastrique, mais il ne s'explique pas nettement sur la suture de la vessie elle-même.

Dionis, en 1707, conseille la suture vésicale et en même temps la position assise du malade, afin que l'urine, s'accumulant dans les parties les plus déclives de son réservoir, ne puisse pas imbiber la plaie suturée.

Woyt, en 1716, sans se montrer adversaire de la suture, considère sa réussite comme un effet du hasard.

Frère-Côme (1760) ayant échoué dans une tentative de suture, préconise sa boutonnière périnéo-vésicale munie d'une canule pour détourner l'urine de la plaie.

Deschamps, dans le même but, propose sa canule vésico-rectale.

D'autres enfin se servent de mèches de coton, de bandelettes de linge, etc., pour dériver l'urine.

Jusqu'ici, en somme, la suture de la plaie vésico-abdominale n'a pas de vrais partisans. On la tente quelquefois, mais on lui préfère souvent des moyens de dérivation de l'urine bien plus compliqués et dangereux, tant est grande la terreur légitime qu'inspire l'infiltration urineuse et son redoutable cortège.

Aussi, dans la première moitié de notre siècle, la taille hypogastrique est de nouveau menacée d'ostracisme, sans

l'autorité de Belmas, de Souberbielle, de Baudens, de Michel, de Strasbourg, qui la défendent avec acharnement.

Comme leurs prédécesseurs, ces chirurgiens sont préoccupés de l'infection urineuse, et s'efforcent de la prévenir par de nouveaux moyens.

Cependant Pinel-Grandchamp, en 1826, essaye de réhabiliter la suture de la vessie et entreprend une série d'expériences sur les animaux. Malheureusement, soit à cause de la suture défectueuse qu'il emploie, soit à cause de la rétention d'urine que provoque l'obstruction de l'urètre par les morceaux de plomb placés dans la vessie en guise de calculs, la suture ne réussit pas et Pinel-Grandchamp a dix morts sur 38 tentatives.

Les expériences de Pinel-Grandchamp n'étaient pas faites pour disposer les chirurgiens en faveur de la suture vésicale, et Belmas traite d'arrière l'idée de revenir à cette méthode de traitement.

Aussi, à partir de cette époque, un grand nombre de nouveaux procédés apparaissent.

Vernière recommande son compresseur au moyen duquel il provoque, au préalable, des adhérences intimes entre la paroi vésicale et la paroi abdominale, et opère, dans un deuxième temps, sur la région ainsi préparée contre l'infiltration urineuse.

Amussat cherche à obstruer la plaie en provoquant par la cautérisation une inflammation adhésive au niveau des lèvres de la plaie.

Souberbielle recommande son siphon permanent.

Heurteloup propose un tube à ballon lequel insufflé, s'adapte aux pourtours de l'ouverture vésicale qu'il met ainsi à l'abri du contact de l'urine.

Vidal de Cassis, en 1852, propose d'opérer en deux temps : Dans un premier temps, il divise la paroi abdominale jusqu'à la paroi vésicale exclusivement ; il place dans cette plaie prévésicale une mèche de charpie et laisse suppurer jusqu'à production d'adhérences. Celles-ci établies, il ouvre, dans un deuxième temps, la vessie, et en extrait le calcul sans avoir à craindre ni lésion du péritoine, ni infiltration d'urine, durant la réparation de la plaie.

Poland, d'Angleterre, rejette également tous les procédés imaginés contre l'infiltration d'urine et se contente de la position assise du malade pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie.

Tisseire, en 1859, revient à la suture, et propose un procédé assez compliqué qui n'a jamais été appliqué à l'homme.

Bouisson, en 1867, sans être partisan de la suture, conseille, si on la veut tenter, de se servir de fils métalliques et de ne pas traverser la muqueuse vésicale.

L'avènement de l'antisepsie chirurgicale a été le signal d'une ère toute nouvelle et heureuse pour la taille hypogastrique en général et en particulier pour la suture de la vessie. Malgré la prédiction pessimiste de Dolbeau, la cystotomie sus-pubienne, non seulement n'a pas cédé la place à la lithotritie périnéale pour les calculs vésicaux,

mais elle occupe aujourd'hui un rang élevé dans la thérapeutique chirurgicale de plusieurs autres affections de la vessie. Et, malgré l'opinion de Belmas, au sujet de la suture vésicale, cette méthode de traitement de la plaie hypogastrique a rallié autour d'elle un grand nombre de chirurgiens et fait tous les jours de nouveaux prosélytes.

De même qu'à l'antisepsie, il faut faire une large part des progrès accomplis dans le manuel opératoire de la cystotomie sus-pubienne et dans la suture de la vessie, à cette ingénieuse idée de Milliot que Petersen a réalisée en inventant le ballon rectal qui porte son nom.

Depuis plusieurs années déjà, des tentatives de suture de la vessie ont été reprises sur une vaste échelle expérimentale et clinique. Mais tandis qu'à l'étranger la cystorrhaphie est la méthode la plus généralement employée, à la suite de la taille hypogastrique, en France, elle n'a été guère pratiquée que par MM. Lucas-Championnière, Bazy, Schwartz, Pozzi, Tuffier, Ricard et Clado. MM. Guyon, Verneuil, Périer, Monod, et la plupart de leurs élèves, lui préfèrent le drainage de la vessie au moyen des tubes-siphon, méthode qui d'ailleurs a donné d'excellents résultats.

Procédés de suture. — Quant aux procédés de suture que l'on a préconisés, ils sont très nombreux. Je les passerai rapidement en revue.

Le procédé de Baudon (1875) consiste à adosser les bords de la plaie vésicale par leur face celluleuse dans une étendue de 8 à 10 millimètres. Des expériences sur

les cadavres, puis sur les animaux, l'ont conduit à tenter un mode spécial de suture au moyen de languettes molles placées dans l'intérieur de la vessie et servant de soutien à des fils doublement entrecroisés à l'extérieur. Ce procédé, assez compliqué, n'a jamais été tenté sur le vivant.

Le procédé de Vincent (1881) consiste à adosser le péritoine à lui-même par des points séro-musculeux et séro-séreux ; mais cette suture n'est applicable qu'aux plaies de la portion intra-péritonéale de la vessie.

Le procédé de Duchastelet consiste à placer les points de suture avant l'incision de la paroi vésicale. Cela gêne les manœuvres et nécessite un instrument spécial, le cystorrhaphie.

Le procédé de Brenner (1887) est une sorte de suture en bourse. Voici comment il la pratique : A 2 ou 3 millimètres des bords de la plaie vésicale, il passe un fil dans le tissu sous-muqueux. Il pique à l'un des angles de la plaie et, faisant alternativement sortir et rentrer son aiguille, il contourne toute la plaie de manière à ce que le second chef vienne sortir à côté du premier. Il a soin de ne pas piquer la muqueuse elle-même. Un second fil est passé de la même manière dans la tunique musculieuse. Il est évident qu'en serrant les fils ainsi disposés, les bords de la plaie se ferment comme quand on tire sur les cordons d'une bourse. Quand on noue le premier fil, la muqueuse, renversée au dehors, s'adosse à elle-même ; puis elle est recouverte par la musculieuse, quand on serre le second fil.

Brenner a fait une série d'expériences sur des vessies de cadavres : des injections forcées ayant été poussées dans ces vessies, la suture a résisté et la paroi vésicale a éclaté à côté. Une série de six expériences sur des chiens a donné aussi d'excellents résultats. Le seul reproche qu'on peut adresser à la suture de Brenner c'est de réduire la capacité de la vessie.

En somme, la plupart des procédés que je viens de décrire n'ont été expérimentés que sur des vessies de cadavres ou d'animaux. Il me semble que, quelque satisfaisante qu'elle puisse être, l'expérimentation sur le cadavre ne suffit pas toujours pour juger de la valeur d'un procédé destiné au vivant. On a affaire dans le premier cas à un organe inerte et passif, et dans le second à un organe doué de sa vitalité et de son activité. On ne peut pas, non plus, tirer des conclusions exactes en se basant sur les résultats fournis par l'expérimentation chez les animaux. Il faut prendre en considération, je crois, qu'il y a une différence énorme entre une vessie d'animal saine et une vessie d'homme plus ou moins altérée par le séjour d'un calcul ou par une autre affection.

Dulles qui a pratiqué un grand nombre de sutures vésicales sur le vivant emploie et recommande la suture de Lembert.

Géza d'Antal emploie la suture à points séparés, après avivement oblique des lèvres de la plaie.

Tiling fait une suture profonde à points séparés et par-dessus une suture du pelletier.

Le Dr Lucas-Championnière fait trois plans de suture, dont un, profond, comprenant la muqueuse et la paroi vésicale; un, moyen, comprenant la paroi vésicale, sans la muqueuse; et un, superficiel, comprenant la paroi vésicale et les parties périphériques.

Le Dr Bazy emploie la suture en bourses multiples empiétant les unes sur les autres.

M. Pozzi réunit les lèvres de la plaie très près de leurs bords par un surjet; puis à quelques millimètres au-dessus il fait une suture, à points séparés, mais très rapprochés, qui adosse les parois vésicales.

Les Drs Ricard et Clado réunissent les lèvres avivées de la muqueuse, par un surjet et, par dessus, suturent la musculature de la même façon.

Un point sur lequel tous les chirurgiens semblent être d'accord aujourd'hui, c'est de ne pas piquer la muqueuse de part en part. On prétendait autrefois que la piqûre de la muqueuse favorisait l'élimination des fils — une fois leur rôle terminé — par leur chute dans la cavité vésicale et leur entraînement au dehors par la miction. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que cette méthode comportait des inconvénients bien plus sérieux que ne l'était le prétendu avantage de l'élimination des fils. En effet, les fils qui traversaient la muqueuse, imbibés d'urine, constituaient autant de conduites capillaires mettant en communication le liquide infectant avec les tissus prévésicaux; d'autre part, ils formaient autant de noyaux favorables à la création de nouveaux calculs et provoquaient la formation de petits

trajets fistuleux compromettant la réparation de la plaie.

En ce qui concerne le fil à employer pour la suture vésicale, les uns préfèrent le catgut facilement résorbable, les autres le fil de soie plus résistant. La facile résorption du catgut est réellement avantageuse dans les cas où l'on a affaire à des parois vésicales qui promettent de se réunir par première intention. Mais cette propriété du catgut devient un inconvénient, quand la suture a porté sur des parois vésicales qui n'ont pas tendance à la réunion *per primam*. En pareil cas le catgut pourrait être résorbé avant que les lèvres de la plaie suturée ne fussent suffisamment adhérentes entre elles pour assurer l'occlusion de la plaie. La suture au fil de soie est donc préférable dans ces cas.

CHAPITRE II

AVANTAGES DE LA SUTURE. — CONDITIONS DE SUCCÈS. —

RÉFLEXIONS SUR L'HERMÉTICITÉ DE LA SUTURE VÉSICALE.

— SUTURE ABDOMINALE ET DRAINAGE PRÉVÉSICAL.

Avantages de la suture. — Tous les chirurgiens, les adversaires de la suture eux-mêmes, sont d'accord sur ces deux points : 1° Que quand la suture de la vessie réussit, la durée du traitement est bien plus courte que par aucune autre méthode de traitement ; 2° Que la suture de la vessie expose moins qu'aucune autre méthode à la formation de fistule vésico-abdominale.

Voilà donc deux grands avantages incontestés de la suture vésicale qui justifient pleinement l'attention et les faveurs, tous les jours croissantes, dont cette méthode est l'objet.

Conditions de succès. — Mais la réussite de la suture vésicale est soumise à certaines conditions dont l'observation est de rigueur. Ce sont principalement :

1° L'état satisfaisant des parois vésicales ;

2° La dérivation de l'urine ;

3° L'antisepsie parfaite.

Je vais les examiner en détail :

A. — Je dis l'état satisfaisant et non pas l'état sain des

parois vésicales, car il est exceptionnel que l'on ait à pratiquer la taille hypogastrique sur une vessie absolument saine. Les affections vésicales justiciables de la taille hypogastrique déterminent, toutes, des altérations plus ou moins profondes des tuniques vésicales et particulièrement de la muqueuse. Or, c'est précisément le degré d'altération plus ou moins prononcé qui nous fera juger de l'état satisfaisant ou non des parois vésicales et conséquemment de l'adoption ou du rejet de la cystorrhaphie.

Ainsi, par exemple, si l'on avait affaire à une congestion légère des parois vésicales, à une inflammation et même à une suppuration modérées de la muqueuse vésicale, déterminées par un calcul ou corps étranger, si d'autre part les urines n'étaient pas trop chargées de pus et d'éléments témoignant des altérations rénales profondes, on ne devrait pas hésiter à faire la suture de la vessie.

Mais si, au contraire, il s'agissait d'un ancien gros calcul ou d'une autre affection ayant produit des altérations profondes de la muqueuse, que celle-ci fût le siège d'une suppuration abondante, que les urines fussent putrides, alcalines, on serait en présence de conditions défavorables à la suture, et il serait préférable de garder la plaie absolument béante pour agir directement sur les lésions.

Si, d'autre part, on avait pratiqué la cystomie sus-pubienne pour extirper une petite tumeur pédiculée, implantée sur une petite étendue de la muqueuse, et qu'on n'eût

pas à craindre, après son ablation, la formation de caillots ou d'escarres, et que d'ailleurs, le reste des parois vésicales fût en état satisfaisant, la suture de la vessie serait encore parfaitement indiquée.

Mais, qu'en revanche on eût affaire à un néoplasme à large base d'implantation dont l'ablation eût produit une large plaie saignante, il serait imprudent de suturer la plaie vésicale et de fermer ainsi la porte de sortie aux caillots et escharres qui se formeront à la surface de la plaie intra-vésicale.

Néanmoins certains partisans acharnés de la suture vésicale n'hésitent pas à pratiquer la cystorrhaphie même dans les cas les plus défavorables. Croft cite le cas d'une réunion *per primam*, après suture, malgré une scarlatine intercurrente, maladie qui prédispose aux suppurations et qui se complique souvent de néphrite.

B. — En ce qui concerne la deuxième condition de réussite de la suture, — la dérivation de l'urine, — pour la remplir, deux moyens s'offrent à nous : la sonde à demeure et le cathétérisme intermittent.

Il va sans dire que la sonde à demeure étant en permanence dans la vessie et recueillant, pour l'éliminer au dehors, l'urine, au fur et à mesure qu'elle arrive dans la vessie, représente le moyen le plus efficace d'assurer la sécheresse constante de la vessie, et par conséquent la réparation de la plaie à l'abri du contact de l'urine. Mais pour que ce but soit atteint il faut que la sonde à demeure réponde à deux conditions essentielles :

1° Qu'elle soit tolérée ;

2° Qu'elle fonctionne constamment bien.

Pour ce qui est de la première de ces conditions, elle est réalisée, dans la majorité des cas, par des sondes en caoutchouc mou et très souple, qui ne déterminent pas d'irritation et ne provoquent pas des contractions fréquentes et douloureuses du réservoir urinaire. Néanmoins il arrive parfois que l'on ait affaire à des vessies tellement irritables qu'on est obligé de renoncer à la sonde à demeure.

Quant à la deuxième condition, — le bon fonctionnement constant de la sonde, — il faut, pour qu'elle soit remplie, que la sonde puisse éliminer librement l'urine et les mucosités vésicales qu'elle contient souvent et qui constituent la cause principale de l'obstruction de la sonde et de ses fâcheuses conséquences (rétention d'urine, distension de la vessie, rupture de la suture, d'où : infiltration et infection urineuse).

On parvient habituellement à parer à ce fâcheux inconvénient en employant des sondes d'un calibre assez fort, présentant à leur extrémité intra-vésicale plusieurs yeux échelonnés sur une étendue de quelques centimètres. Néanmoins il faut surveiller de près la sonde à demeure, la nettoyer et, au besoin, la renouveler.

Mais les mucosités et concrétions vésicales ne sont pas les causes uniques de l'obstruction de la sonde. Son fonctionnement peut être compromis par un autre mécanisme occlusif : Les contractions vésicales qui peuvent se

produire, agissant sur la partie intra-vésicale de la sonde, peuvent en amener la flexion ou plutôt la coudure, et comme conséquence immédiate l'occlusion avec ses suites fâcheuses. En tout cas, les contractions vésicales ont pour effet de déplacer la portion intra-vésicale de la sonde, de l'élever dans la cavité vésicale, de façon qu'elle ne puisse plus recueillir l'urine au fur et à mesure qu'elle arrive dans la vessie, et qu'elle permette, par conséquent, à ce liquide, d'y stagner en quantité plus ou moins grande.

M. le Dr de Pezzer a porté remède à ces inconvénients en inventant une sonde spéciale qui a été employée avec succès tout récemment par MM. les Drs Ricard et Clado (Voir Obs. XXXV).

Cette sonde mérite de m'arrêter un instant pour en décrire la forme et le mode d'emploi, et en discuter la valeur.

C'est une sonde en caoutchouc rouge très molle et très souple, d'un calibre presque aussi fort que celui de l'urèthre. L'extrémité destinée à la cavité vésicale présente un renflement, une boule, légèrement déprimée à son pôle libre et percée d'un large orifice, auquel fait suite la lumière de la sonde.

Cette sonde doit être appliquée, avant la suture de la vessie, par le cathétérisme rétrograde, de façon que la boule vienne s'adapter exactement à l'orifice du col vésical qu'elle substituera désormais. Ainsi disposée, cette sonde n'offre plus de prise aux contractions de la vessie

et, par conséquent, son occlusion par coudure ou son déplacement sont évités. D'autre part, son fort calibre et sa souplesse remplissent les conditions de perméabilité constante et de tolérance.

Une fois le rôle de la sonde terminé, pour la retirer, on tire sur son bout urétral ; le renflement intravésical cède à cette traction, s'allonge, grâce à sa souplesse et son élasticité, s'adapte aux parois de l'urèthre et le traverse aisément.

Cette sonde est un véritable progrès, car elle réunit toutes les conditions requises pour assurer la vacuité constante de la vessie. Mais on pourrait lui adresser deux reproches relatifs au renouvellement qui peut être nécessité et à son retrait définitif. En effet, si la sonde venait à être obstruée par des mucosités et qu'on voulût la retirer pour la nettoyer ou la remplacer, il n'y aurait plus moyen de la remettre en place, la boule étant trop volumineuse pour le calibre de l'urèthre. D'autre part, il est possible que pendant les 6 à 7 jours, quelquefois plus, où la sonde devra rester à demeure, il se forme à la surface de la boule intra-vésicale une écorce plus ou moins épaisse de sels et d'autres matières qui augmente d'autant le volume de la boule et, en même temps, compromette sa souplesse et son élasticité ; il en résulterait des difficultés, peut-être même l'impossibilité de retirer la sonde par les voies naturelles.

Combien de temps la sonde à demeure doit-elle rester en place ?

Si la sonde est bien tolérée et fonctionne bien, il ne faut pas trop se presser de la retirer avant que la plaie ne soit en pleine voie de cicatrisation et qu'elle ne puisse supporter sans inconvénient les contractions et la distension vésicales. Habituellement quand la réparation de la plaie a marché normalement, la cicatrice est assez solide pour qu'on puisse supprimer la sonde vers le sixième ou huitième jour. Quelques praticiens la suppriment même dès le deuxième ou troisième jour, et d'autres, plus téméraires encore, n'hésitent pas à y renoncer complètement et à conseiller au malade d'uriner le plus souvent possible. Cette pratique n'est pas recommandable, car les alternatives de vacuité et de distension de la vessie, de même que les efforts de la miction, exerçant des tiraillements sur la plaie fraîchement suturée, ne peuvent que compromettre la solidité de la suture et entraver la réunion de la plaie.

Quant au cathétérisme intermittent, quoiqu'il n'assure jamais la sécheresse constante et parfaite de la vessie, il rend néanmoins de grands services, à défaut de la sonde à demeure, pourvu qu'on y mette tous les soins de propriété et qu'on le confie à une personne sachant manier le cathéter. Car le cathéter peut devenir le véhicule de germes infectants — à défaut d'asepsie parfaite, — ou bien un instrument contondant — à défaut de maniement adroit — et compromettre ainsi gravement la réparation de la plaie suturée.

C. — En ce qui concerne la troisième condition à la-

quelle est subordonné le succès de la suture — l'antisepsie — il serait oiseux de la recommander *aujourd'hui*, si, dans le cas spécial qui m'occupe, elle ne présentait quelques particularités quant au mode d'application. De fait, il s'agit ici d'une plaie interposée entre deux milieux infectants : l'un, commun à toutes les plaies extérieures, l'air ambiant ; l'autre, spécial aux plaies des organes urinaires, l'urine plus ou moins chargée d'exsudats septiques. Nous devons donc préserver la plaie vésicale de ces deux véhicules de germes en instituant une antisepsie extra-vésicale et une antisepsie intra-vésicale. Les pansements antiseptiques ordinaires suffisent pour assurer la première ; quant à l'antisepsie intra-vésicale, les injections dans la vessie de solutions antiseptiques, outre qu'elles sont insuffisantes, distendent la vessie et peuvent amener le relâchement et même la rupture de la suture. Aussi a-t-on recours, pour la réaliser d'une façon efficace, à l'administration, *intus*, de médicaments antiseptiques (benzoate de soude, salol, iodoforme, etc.), qui entrent dans la circulation et sont éliminés par les reins.

Il va sans dire que tous les instruments, aiguilles, fils, sondes, compresses, et, surtout, les mains de l'opérateur et de ses aides, seront d'une asepsie rigoureuse.

Réflexions sur l'herméticité de la suture. — J'ai omis, à dessein, jusqu'ci, d'insister sur l'herméticité de la suture vésicale. Elle forme cependant l'idéal poursuivi des partisans de la cystorrhaphie, et est considérée comme une

condition importante du succès de la suture ; d'autre part, le défaut d'*herméticité* constitue le plus sérieux argument des adversaires de la cystorrhaphie primitive.

Qu'il me soit permis d'émettre ici, avec toutes les réserves que comporte mon inexpérience, quelques réflexions au sujet de l'*herméticité* de la suture :

Est-il réellement *indispensable* que la suture soit *hermétique* ?

En cherchant la réponse à cette question dans les faits cliniques que j'ai sous les yeux je la trouve négative. De fait, dans un grand nombre d'entre eux, la suture, *sans être hermétique*, n'a pas moins pleinement réussi. Mais ces exemples, quelque probants qu'ils soient, ne sauraient me convaincre de la *superfluité* de l'*herméticité*, si le raisonnement ne conspirait avec eux dans le même sens.

En somme, pourquoi veut-on que la suture soit hermétique ? Afin que l'urine ne puisse pas suinter à travers la suture et provoquer par son infiltration les accidents graves qui l'accompagnent.

Mais pour que ce suintement se produise, il faut nécessairement qu'il y ait de l'urine dans la vessie, qu'il y en ait même en quantité suffisante afin qu'un certain degré de distension vésicale se produise et fasse céder la suture.

Or, que la suture soit *hermétique* ou *pas*, le suintement et la rupture s'opèreront à son niveau, s'il y a rétention d'urine et distension plus ou moins considérable de la vessie, la suture étant le *locus minoris resistentiæ* du réservoir distendu.

Peut-être si la suture est hermétique, opposera-t-elle une plus grande résistance à la pression intra-vésicale et retardera-t-elle le suintement. Cela est vrai. Mais ne serait-on pas plutôt dans la vérité si on cherchait à s'opposer au suintement redouté en s'adressant à la cause même dont il est l'effet ? La cause, c'est la rétention d'urine, c'est-à-dire le mauvais fonctionnement de la sonde à demeure ou bien la négligence du cathétérisme fréquent et régulier. N'est-il pas évident qu'en assurant *le bon fonctionnement de la sonde* ou en pratiquant convenablement le cathétérisme, on assure du même coup la vacuité constante de la vessie, et on s'oppose ainsi au suintement, même à défaut d'une suture hermétique ?

Et, après avoir recherché pendant de longues années *l'herméticité de la suture sans l'obtenir*, ne devrait-on pas s'occuper de réaliser *le bon fonctionnement constant de la sonde à demeure*, sans toutefois négliger l'occlusion aussi exacte que possible de la plaie vésicale ?

Cette tâche serait peut-être plus fructueuse. Et, s'il m'était permis de résumer ma pensée en une proposition, je dirais : « *Faites que le fonctionnement de la sonde soit parfait et vous aurez atteint le but poursuivi par l'herméticité.* »

Suture abdominale et drainage prévésical. — La suture de la vessie étant faite, quelle conduite devons-nous tenir à l'égard de la plaie abdominale ?

Les uns conseillent de la suturer immédiatement et

totale. Quelques-uns la laissent béante, pendant un certain temps, pour surveiller la suture vésicale et ne la ferment que quand celle-ci est en voie de réunion. D'autres enfin, et ils forment la majorité, suturent immédiatement la plus grande partie de la plaie abdominale mais réservent à l'angle inférieur de la plaie l'espace nécessaire pour l'introduction d'un drain prévésical.

Il est évident que la suture immédiate et totale peut être pratiquée en toute sécurité, quand la suture vésicale sous-jacente a été faite dans les conditions voulues pour la réunion, *per primam*; mais si les conditions d'état satisfaisant, d'asepsie, de dérivation de l'urine n'étaient pas rigoureusement observées il y aurait grand danger d'emprisonner dans la région prévésicale les produits septiques qui prendraient naissance au niveau de la plaie vésicale, et qui infecteraient fatalement les tissus prévésicaux et peut-être l'organisme entier.

Quant à laisser la plaie abdominale absolument béante, pour surveiller la plaie vésicale suturée, cette pratique retarde de beaucoup la guérison, et enlève, par conséquent, à la suture de la vessie, son avantage le plus appréciable.

Entre ces deux méthodes extrêmes, la suture partielle de la plaie abdominale, avec drainage prévésical, tient le juste milieu et semble être la méthode préférable. En effet, la petite ouverture que l'on ménage à l'angle inférieur de la plaie pour l'introduction d'un drain prévésical, sans porter préjudice à la cicatrisation rapide des

deux plaies, constitue une soupape de sûreté d'une grande valeur. Qu'un suintement d'urine s'opère à travers la suture vésicale, que des produits septiques y prennent naissance, le drain prévésical les recueillera et les éliminera au dehors ; le chirurgien en sera averti par la souillure du pansement et y portera remède.

Pour ce qui est du mode de suture de la plaie abdominale il est bon de la faire sur deux plans : l'un portant sur les muscles droits que l'on suture à points séparés avec du catgut ou du fil de soie ; l'autre s'adressant à la peau que l'on réunit avec du fil de soie ou du fil d'argent.

Combien de temps le drain prévésical doit-il rester en place ? Si la réparation des plaies marche normalement et que le drain ne jette pas, on peut le supprimer vers le sixième ou huitième jour, et réunir les lèvres de la petite plaie après léger avivement ; mais si, au contraire, le drain continuait à éliminer des exsudats septiques, il faudrait le laisser en place jusqu'à leur tarissement.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

W.-P. Swain. — Cas de lithotomie sus-pubienne pour calcul autour d'une épingle à cheveux, chez une enfant de 10 ans. Suture de la vessie. Guérison complète en 24 jours (*The Lancet*, 1880).

Elisa G..., âgée de dix ans. Elle avait l'habitude de s'introduire une épingle à cheveux dans le vagin. A un moment donné elle éprouva des douleurs violentes dans la région sus-pubienne accompagnées d'une tuméfaction. On découvrit la présence d'une pierre dans la vessie qu'on essaya de broyer, sans succès. Huit mois plus tard il se forma au niveau de la tuméfaction sus-pubienne une fistule qui livrait passage de temps à autre à de l'urine et à des calculs. La petite malade présentait en même temps de l'incontinence d'urine.

Admise à l'hôpital, on la chloroformise le 24 juillet, et on essaye de dilater l'urèthre; un certain degré de dilatation obtenu, on chercha à broyer la pierre; on n'y parvient pas, vu le gros volume de celle-ci. L'examen de la cavité vésicale avec le doigt dénote la présence d'un calcul formé autour d'une épingle à cheveux qui, elle-même, traverse la paroi vésicale à gauche. La taille hypogastrique est décidée et pratiquée. Le calcul extrait, on suture la plaie vésicale par cinq points interrompus au catgut. On fait la

suture de la plaie abdominale par des points comprenant la peau et le reste de l'épaisseur des tissus ; mais on réserve entre les lèvres de la plaie abdominale la place nécessaire pour un tube à drainage. Toutes les précautions antiseptiques ont été prises.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, état général excellent ; on change de temps à autre le pansement souillé par l'urine et on retire graduellement le tube à drainage.

Au treizième jour de l'opération la plaie est entièrement réunie, sauf en un petit point fistuleux maintenu béant par le tube à drainage. Huit jours après, le trajet fistuleux, lui-même, est absolument guéri ; l'état général est bon.

Le 20 août, c'est-à-dire le vingt-septième jour de l'opération, l'enfant est renvoyée chez elle parfaitement guérie et de sa plaie abdomino-vésicale et de son incontinence d'urine.

OBSERVATION II

Kispert. — Taille hypogastrique chez un enfant de 4 ans. Suture de la vessie Guérison. (*Centralblatt für chirurgie*, 1881).

La plaie vésicale étant de deux centimètres seulement, on ne la suture que par deux points, au fil de soie, traversant toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La plaie abdominale est également suturée, mais on place un drain pré-vésical à l'angle inférieur de cette plaie. La vacuité de la vessie est assurée par la sonde à demeure.

On supprime la sonde le quatrième jour et l'émission de l'urine se fait par les voies naturelles. Le pansement n'a jamais été souillé par l'urine. Guérison rapide.

OBSERVATION III

Julliard. — Suture de la vessie déchirée dans le cours d'une ovariectomie. Guérison. Mort par cancer du foie. Autopsie. Suture absolument cicatrisée (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1883).

Femme de 40 ans, atteinte depuis plusieurs années de kyste de l'ovaire. Mauvais état général.

Ovariectomie le 25 septembre 1881. L'extraction du kyste est laborieuse ; la tumeur est énorme, moitié solide, moitié liquide et présente des adhérences de tous côtés et en particulier avec l'utérus, l'S iliaque et la vessie. La vessie se déchira pendant la séparation des adhérences avec le doigt.

Déchirure de douze centimètres sur la paroi postérieure de l'organe en travers.

Suture à points de Lembert se prolongeant à un centimètre au delà de chaque extrémité de la plaie. Suture de la paroi abdominale avec drain de verre à l'angle inférieur de la plaie.

Ces sutures sont faites avec du catgut. Sonde à demeure.

Suites de l'opération très simples. Température au-dessous de 38°. Réunion de la plaie abdominale par première intention, sauf au niveau du drain qui éliminait abondamment du pus. Les urines, sanguinolentes les deux premiers jours, étaient normales au cinquième jour. Le sixième jour la sonde à demeure fut supprimée et remplacée par le cathétérisme toutes les deux heures. Le dixième jour on cessa les sondages et dès lors la malade urina spontanément. Mais la fistule abdominale jetait encore deux mois après l'opération et l'état général de la malade laissait à désirer, quoiqu'il fût certain que la plaie vésicale était absolument guérie.

Cette malade mourut, six mois après l'opération, d'un cancer du foie.

A l'autopsie on constata que la suture vésicale était parfaite et se présentait sous forme d'une cicatrice linéaire d'un blanc nacré. Pas traces des catguts qui avaient servi à la suture, tandis que persistait intact un fil de soie qui avait servi à la ligature du pédicule du kyste.

OBSERVATION IV

Kramer — (*Arch. für Klin. chir.*, 1883).

Il s'agit d'un enfant de 7 ans présentant les symptômes de calcul vésical. On pratique la taille hypogastrique et on retire un calcul phosphatique de 5 grammes 50. La vessie est suturée avec du catgut. Il y a léger suintement d'urine au cinquième jour.

Au vingtième jour la guérison est complète.

OBSERVATION V

Zancarol (d'Alexandrie). — Communication à la Société de Chirurgie : Suture de la vessie dans la taille sus-pubienne (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1885).

Arabe, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital le 20 décembre 1884. Il présente les symptômes habituels des calculs vésicaux.

Ces symptômes datent de deux ans.

L'examen dénote la présence de deux calculs de volume différent. Les urines contiennent des œufs de distoma hématobium, du pus et de l'albumine.

Taille hypogastrique. Extraction de deux calculs, dont l'un d'a-

cide urique, dur, ovoïde, pesant 40 grammes et mesurant, dans son grand axe, 5 centimètres $1/2$; l'autre, également d'acide urique, mais bien plus petit et pesant quelques grammes seulement.

Après lavage de la vessie avec la solution sublimée au dix millième, suture de la plaie vésicale à deux étages, avec du catgut.

Injection d'épreuve dans la vessie pour s'assurer de l'herméticité de la suture. Suture au fil métallique de la plaie abdominale avec petit drain prévésical. Pansement avec gaze sublimée au sérum d'agneau à 1 pour 100. Sonde à demeure. Le deuxième jour de l'opération la plaie abdominale est réunie. On enlève un point de suture. On supprime la sonde à demeure.

Au troisième jour, le malade urine tout seul ; on enlève tous les points de suture, 72 heures après l'opération.

Le jour suivant, on supprime le drain abdominal et on le remplace par du coton sublimé.

Le 30 décembre, cinquième jour de l'opération, la réparation est parfaite ; mais on découvre une petite collection séropurulente à l'angle inférieur de la plaie ; on l'évacue et la température qui était de $38^{\circ},3$ devient normale.

On garde le malade à l'hôpital jusqu'au 6 janvier, époque à laquelle il en sort définitivement guéri.

OBSERVATION VI

Géza d'Antal — (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885).

Enfant âgé de 5 ans. Vives douleurs dans la miction depuis 3 ans. Ses urines sont albumineuses, sanguinolentes et muco-purulentes. On constate la présence dans la vessie d'un calcul qui détermine ces symptômes. On pratique la taille hypogastrique et on extrait le calcul. Suture de la vessie à la soie sublimée après

avivement ovalaire de 3 centimètres de long sur 1 1/2 de large. Suture abdominale. Pansement de Lister; injections intra-vésicales d'eau salée toutes les deux heures, sonde de Nélaton à demeure et position demi-assise du malade.

Au sixième jour de l'opération la plaie abdominale est réunie; on enlève les points de suture.

Au neuvième jour, la sonde à demeure étant supprimée, le malade urine facilement.

Au douzième jour, le malade, absolument guéri, est présenté à la société de médecine de Budapest.

OBSERVATION VII

Pilcher — (*New-York Med. Journal*, 1885).

Jeune homme de 21 ans, présentant depuis 9 ans des symptômes de calcul vésical.

Taille hypogastrique. Extraction d'un calcul de volume moyen, pesant 207 grains. Ce calcul est composé d'un noyau central d'acide urique, et à sa périphérie d'oxalate de chaux avec, çà et là, quelques couches de phosphate de chaux.

L'incision de la tunique musculaire de la vessie fut pratiquée selon la méthode proposée par Géza d'Antal, qui a le mérite de fournir de larges surfaces de contact pour la suture.

On réunit la tunique musculo-celluleuse par 7 ou 8 points de suture avec du catgut. La plaie abdominale est fermée par des sutures profondes comprenant toute l'épaisseur des tissus et par des sutures cutanées. Drainage prévésical au moyen d'une mèche iodoformée. Sonde molle à demeure.

Les suites de l'opération sont très simples. Etat général excellent. On supprime la sonde à demeure le neuvième jour et le dixième les points de suture.

Le onzième jour le malade rentre chez lui absolument guéri, la plaie s'étant réunie par première intention, sans aucun incident fâcheux.

OBSERVATION VIII

Orlowsky — (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1885).

Homme, âgé de 64 ans, et présentant des symptômes de calcul vésical et d'hypertrophie prostatique.

On pratique la taille hypogastrique et on extrait le calcul.

Les parois vésicales sont hypertrophiées. On en fait la suture par la méthode de Gély, on place un drain prévésical et une sonde à demeure.

Le cinquième jour après l'opération le drain prévésical élimine de l'urine.

La sonde à demeure a produit de l'irritation et de l'inflammation accompagnées de vives douleurs. En même temps le testicule gauche est tuméfié et douloureux. On retire la sonde à demeure qui est restée en place dix jours, et on évacue la vessie par le cathétérisme, toutes les trois heures.

Lavages de la vessie au nitrite d'amyle.

Le vingt-et-unième jour après l'opération des douleurs rhumatismales éclatent dans le membre supérieur gauche.

Le 5 mai, 36 jours après l'opération, on supprime le drain prévésical et on ouvre un abcès du scrotum à gauche.

Le 10 mai, la plaie abdominale semble parfaitement guérie, mais dix jours après on constate une fistule, à la partie inférieure de l'abdomen, et on en retire sans peine un petit cacul du volume d'un pois.

Le patient quitte la clinique le 26 mai, quoique sa fistule abdominale persiste.

OBSERVATION IX

Sklifosowsky — (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885).

Jeune homme de 19 ans, atteint de calcul vésical. Taille hypogastrique suivie de suture vésicale sur trois plans, au catgut. Suture abdominale à la soie ; drainage prévésical ; sonde à demeure. Guérison.

OBSERVATION X

Du même — (*Loc. cit.*).

Jeune homme de 22 ans. Taille hypogastrique suivie de suture vésicale sur deux plans au catgut.

Suture abdominale au fil de soie. Drainage prévésical ; sonde à demeure. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XI

Bruns. — Papillome de la vessie. Taille hypogastrique. Suture de la vessie (*Beitrag zur Klin. chir.*, Bd II, Hft 3).

Étudiant, âgé de 21 ans. Il se présente à la clinique de Tubingue se plaignant de l'impossibilité d'uriner, après avoir eu pendant trois ans des urines sanguinolentes et de fréquentes envies de miction.

L'exploration de la vessie fait découvrir la présence d'une tumeur, et la sonde exploratrice en amène des débris qui sont examinés au microscope. Il s'agit d'un papillome qui occupe la paroi postérieure de la vessie.

On pratique la taille hypogastrique ; la tumeur papillomateuse est extirpée et son pédicule ligaturé au catgut. La vessie est suturée au catgut. On place une sonde à demeure. Il y a suintement d'urine au niveau de la plaie et fièvre. On constate la formation d'un abcès périnéal qu'on ouvre et qu'on déterge. L'abaissement de la température s'ensuit et l'état local et général du malade devient de plus en plus satisfaisant. La guérison complète a été obtenue et elle se maintient.

OBSERVATION XII

Gross (de Nancy). — Communication au deuxième congrès français de chirurgie tenu à Paris en 1886 (*Semaine médicale*, 1886).

Une jeune fille de 13 ans, qui s'était introduit, 15 jours auparavant, une épingle à cheveux dans la vessie, me fut amenée à la clinique. Après toutes les tentatives imaginables pour extirper cette épingle, je me résolus à faire la taille sus-pubienne. La vessie ouverte, l'épingle fut aisément retirée. Je suturai la vessie et les suites furent très favorables. Une guérison complète et rapide fut obtenue.

OBSERVATION XIII

Violano. — Cystotomie sus-pubienne chez un enfant d'environ deux ans. Suture. Guérison par première intention (*Annali universali di medicina e chirurgia* ; juillet 1886).

Enfant âgé de 29 mois, de constitution physique saine et robuste.

Phimotique dès sa naissance, il fut opéré quand des désordres commencèrent à se manifester dans l'acte de la miction. Mais la dysurie persistant, même après l'opération du phimosis, et étant

accompagnée de symptômes de calcul vésical, le petit malade fut soumis, après chloroformisation, au sondage qui ne fournit de résultat positif qu'après des recherches répétées.

La taille périnéale médiane fut décidée et pratiquée; mais on ne put retrouver le calcul, malgré toutes les recherches et explorations, soit avec le doigt, soit avec les instruments *ad hoc*.

Au troisième jour de l'opération, tandis qu'une injection intravésicale était poussée, un petit calcul apparut à travers les lèvres de la plaie périnéale. Il fut aussitôt facilement extrait et l'on considéra le petit infirme libéré.

Néanmoins le petit malade continua à présenter tous les symptômes de calcul vésical et ces phénomènes étaient même plus accusés que par le passé.

Le cathétérisme, associé à l'exploration rectale, amena la découverte d'un corps volumineux, lequel, poussé contre la paroi abdominale antérieure, la faisait bomber un peu au-dessous de l'ombilic, vers la région gauche.

En exerçant une pression modérée à ce niveau on faisait sourdre de l'urèthre, une petite quantité d'urine.

Dès lors on pensa qu'on était en présence d'un vice de conformation congénital de la vessie consistant en la division de la vessie en deux compartiments superposés et communiquant entre eux. Cette hypothèse expliquait les incidents signalés plus haut et imposait la taille hypogastrique.

Elle fut pratiquée, le 18 septembre, et confirma l'hypothèse émise au sujet du vice de conformation. Le diaphragme qui séparait la vessie en deux compartiments se laissa facilement lacérer et le calcul, composé de carbonate de chaux, fut extrait. Il pesait 17 grammes.

Les parois vésicales étant en bon état on pratiqua la suture de la vessie à deux étages et à points séparés, au catgut.

Suture totale de la plaie abdominale; pansement antiseptique; sonde à demeure.

Le petit malade fut toujours apyrétique, quoique dans les deux premiers jours il se produisit un léger suintement d'urine à l'angle inférieur de la plaie. A partir du troisième jour le suintement ne se reproduisit plus et l'urine s'écoula librement par la sonde, laissée à demeure jusqu'à la guérison complète qui survint très rapidement.

OBSERVATION XIV

Rivington — (*Med. Chir. Transaction*. London, 1886).

Il s'agit d'un homme de 64 ans qui souffre depuis 16 ans de la vessie, porte un ancien rétrécissement et émet des urines ammoniacales. On fait le diagnostic d'hypertrophie de la prostate et l'on pratique la taille périnéale. On s'aperçoit que le volume de la prostate est normal et on explique alors les symptômes signalés ci-dessus par la présence dans la vessie d'un calcul.

La taille hypogastrique est pratiquée, et la pierre extraite avec beaucoup de peine. Une forte hémorrhagie se déclare aussitôt et en même temps il se produit un épanchement d'urine putride.

La vessie lavée, on en suture la plaie avec du fil de soie, quoique les lèvres de cette plaie soient dilacérées et vouées à la gangrène. On place un drain dans la plaie périnéale.

Les suites de l'opération sont mauvaises ; la suture se relâche ; l'état général est mauvais ; la cystite persiste tenace et violente, et des collections purulentes se font jour au niveau de la jambe et de la cuisse droite. Le malade meurt, trois mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouve les parois vésicales profondément altérées et hypertrophiées au niveau du trigone. L'uretère gauche présente une dilatation marquée et le rein droit est atteint de pyélonéphrite.

OBSERVATION XV

Tiling — (*Saint-Petersbourg. Med. Wochensch.*, 1886).

Il s'agit d'un homme de 49 ans qui souffre de la vessie depuis deux ans et qui est atteint de calcul vésical et d'hypertrophie de la prostate. Ses urines sont ammoniacales, troubles, sédimenteuses, et l'inflammation très intense.

On soumet le malade au repos et on lui administre, *intus*, de l'acide salicylique, en même temps que des injections boriquées sont poussées dans la vessie.

Ce traitement reste inefficace pendant environ un mois, et le 18 novembre 1885 on se décide à opérer le malade.

On pratique la taille hypogastrique et l'on extrait un calcul pesant environ 16 grammes.

Suture de la vessie : 11 points de suture profonds sans piquer la muqueuse ; par dessus une suture du pelletier. Suture de la paroi abdominale avec drain prévésical à l'angle inférieur de la plaie.

Les suites de l'opération sont très satisfaisantes. La température ne s'éleva à 38° que le deuxième jour de l'opération. La plaie a toujours conservé un excellent aspect et aucun suintement ne s'est produit au niveau du drain. Celui-ci est enlevé le 26, huitième jour de l'opération, et la réparation s'achève rapidement.

Le malade quitte la clinique le 8 décembre.

OBSERVATION XVI

Assmuth. — Calcul formé autour d'une mèche. Taille hypogastrique.

Suture (*Saint-Petersbourg. Med. Woch.*, 1886).

Il s'agit d'un homme de 42 ans, atteint de calcul vésical, qui hésitait à se prêter à une opération.

Un jour, il arrive à l'hôpital dans un état alarmant.

Il a la fièvre, ses urines sont fétides, troubles et alcalines.

Il raconte qu'il a tenté lui-même de broyer sa pierre en se servant de ses doigts comme lithotriteur. Voici comment il s'y prit : il s'introduisit profondément dans le rectum, jusqu'au niveau du calcul, le doigt indicateur, saisit le calcul et l'appuya contre le périnée doublé, à l'extérieur de son pouce. Ses deux doigts formaient ainsi une pince, mais bien mal imaginée pour le broiement d'un calcul intravésical !

On pratique la taille hypogastrique. On retire un calcul mesurant 2 cent. 60 de long sur 2 cent. 20 de large, et développé autour d'un noyau mou qui n'est autre qu'une mèche. Le malade interrogé sur la provenance de cette mèche avoue qu'atteint de blennorrhagie, il y a un an, et étant tourmenté d'un prurit intense, il crut pouvoir calmer ses démangeaisons en s'introduisant dans l'urèthre une mèche. La plaie vésicale est suturée, mais elle cède le septième jour, et une fistule s'établit et ne se ferme que le quarantième jour après l'opération.

Le malade sort guéri ; mais sept mois après il rapporte à l'hôpital Alexandre un bout de fil de soie incrusté de sels, qu'il avait expulsé par l'urèthre non sans avoir éprouvé d'intenses douleurs. Ce fil provenait nécessairement de la suture vésicale et son incrustation confirme l'opinion, généralement admise aujourd'hui, de ne pas piquer de part en part la muqueuse vésicale, quand on fait la suture, au risque de favoriser, la formation de nouveaux calculs, autour des fils tombés dans la cavité vésicale.

OBSERVATION XVII

William Parker — (*Lancet*, 1886).

Enfant âgé de 3 ans, rachitique et anémique, atteint de calcul de la vessie.

On pratique la taille hypogastrique et l'on retire le calcul.

Suture de la vessie au catgut ; suture de la plaie abdominale à deux étages. Pansement à l'iodoforme et à la ouate sublimée, et légère compression par une bande de flanelle. Le pansement, renouvelé après 48 heures, est absolument sec. L'enfant urine facilement par les voies naturelles. Les fils à suture sont enlevés le quatrième jour et, douze jours après, l'enfant sort parfaitement guéri.

OBSERVATION XVIII

Keyes. — Tuberculose vésicale. Taille hypogastrique. Suture. Guérison (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1887).

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, depuis 4 ans, a des mictions fréquentes et douloureuses suivies d'une sensation de brûlure.

On pratique la taille hypogastrique et l'on trouve un tiers de la muqueuse vésicale recouvert de fines villosités et de granulations tuberculeuses facilement saignantes. Elles occupent la base de la vessie, sa paroi antérieure et, en partie, la paroi supérieure et le trigone vésical.

On pratique soigneusement le grattage à la curette de la muqueuse, et on suture la vessie au catgut, mais on laisse béante la plaie abdominale que l'on panse au coton iodoformé. Drainage périnéal.

Filtration d'urine au niveau de la plaie ; mais ce suintement

cesse spontanément, et, cinq semaines après l'opération, la réparation de la plaie est complète.

Au point de vue de l'affection vésicale elle-même l'état du malade est sensiblement amélioré, mais il n'y a pas guérison parfaite.

OBSERVATION XIX

Du même. — Papillome vésical. Taille sus-pubienne suivie de suture. Guérison (*loc. cit.*).

Homme de 49 ans, ayant depuis 14 ans des mictions fréquentes et douloureuses et des hématuries intermittentes.

La taille sus-pubienne pratiquée, on explore la vessie avec le doigt et l'on reconnaît la présence de villosités saignantes. Après grattage complet de la muqueuse on suture la plaie vésicale au catgut. La plaie abdominale est suturée partiellement au fil de soie. Drainage prévésical ; drainage périnéal. Pansement à l'iodeforme.

Il n'y a pas de suintement d'urine par la plaie, mais, au huitième jour, la température s'élève et l'on constate de la suppuration prévésicale.

Tout rentre en ordre ; les drains sont retirés la troisième semaine et le malade est guéri. La durée du traitement post-opératoire a été inférieure à un mois.

OBSERVATION XX

Kummel. — Adénome de la prostate. Taille sus-pubienne. Suture vesico-abdominale. Guérison (*Deuth. méd. Woch.*, 1887).

Homme, âgé de 70 ans, est atteint d'affection prostatique.

Taille hypogastrique après ballonnement du rectum avec une éponge au lieu du ballon de Petersen.

La muqueuse vésicale est modérément enflammée. Vers le milieu du col vésical, de chaque côté de l'orifice urétral, on trouve deux tumeurs sessiles du volume d'une noisette. On se sert du thermo-cautère pour en pratiquer l'extirpation.

Suture de la vessie par trois rangs de points, au catgut. La plaie abdominale est suturée partiellement, et la cavité prévésicale est comblée avec de la gaze iodoformée. Sonde à demeure. Injection antiseptique tous les jours. Au bout de quatorze jours on remplace la sonde à demeure par le cathétérisme que l'on pratique toutes les trois heures.

Le malade a eu dans le cours du traitement une uréthrite intense, une épидidymite et un abcès du scrotum ; mais il est parfaitement guéri, quatre semaines après l'opération.

OBSERVATION XXI

Du même. — Papillome. Taille hypogastrique. Ablation de la tumeur.
Suture de la vessie. Guérison (*loc. cit.*).

Il s'agit d'un homme de 31 ans. A l'ouverture de la vessie, on trouve une petite tumeur du volume d'un pois siégeant à 1 centimètre au-dessous et à gauche de l'orifice urétral. Elle est pédiculée et son pédicule mesure 1 centimètre 50 de long.

Excision de la tumeur et suture au catgut.

La plaie vésicale est suturée par trois rangs de points au catgut. Suture partielle de la plaie vésicale. La cavité prévésicale est comblée avec de la gaze iodoformée. Pansement à la charpie de bois. Sonde à demeure.

La sonde étant supprimée au cinquième jour, il se produit un suintement d'urine à travers une fistule vésicale. La sonde est remise en place et, au bout de 14 jours, la fistule vésicale est cicatrisée. Sortie du malade, cinq semaines après l'opération.

OBSERVATION XXII

Bond — (*Lancet*, 1887.)

Homme de 49 ans, fort, ayant des mictions douloureuses depuis trois ans. Calcul vésical, accompagnée d'une légère hypertrophie de la prostate ; les urines sont normales.

Taille hypogastrique ; extraction d'un calcul uratique.

Suture de la plaie vésicale ne portant que sur la tunique musculieuse. Suture de la plaie abdominale avec drainage prévésical. Cathétérisme toutes les 3 heures.

Le jour même de l'opération une forte contraction de la vessie expulse la sonde et détermine du côté de la plaie un léger suintement d'urine. Néanmoins la réparation s'est effectuée *per primam* et le drain prévésical a été supprimé dès le quatrième jour.

OBSERVATION XXIII

Lindner. — Taille hypogastrique pour calculs. Parois vésicales friables ; suture de la vessie. Rupture de la suture à la suite de toux violente. Intoxication iodoformique. Délire. Guérison (*Deut. med. Woch*, 1888).

Il s'agit d'un peintre âgé de 54 ans, asthmatique. Il a, depuis quelque temps, des mictions douloureuses ; les urines sont troubles, chargées de mucosités et de pus. On constate la présence dans la vessie d'un calcul volumineux qu'on essaye vainement de broyer. On décide de pratiquer la taille sus-pubienne.

Le ballon de Petersen n'est pas utilisé ; mais la vessie est distendue par 300 centimètres cubes de solution d'acide salicylique. Le manuel opératoire est rendu difficile par la présence d'une quantité abondante de graisse dans la région et par la hauteur

anormale de la symphyse pubienne. La vessie est suspendue par deux anses de fil et ouverte sur la ligne médiane ; ses parois sont altérées et friables. On extrait deux calculs uratiques du volume d'une noix. On fait une suture étagée, et la cavité prévésicale est comblée avec de la gaze iodoformée, dont un bout sort à l'angle inférieur de la plaie. On ne place pas de sonde à demeure et on ne cathétérise pas le malade.

Le malade est très agité. Il survient de violentes quintes de toux que la morphine n'arrive pas à calmer ; aussi déterminent-elles la rupture de la suture et, à sa suite, le débordement de l'urine. La malade est dans le délire qu'on attribue à une intoxication par l'iodoforme. Le cinquième jour on enlève le tampon iodoformé et on le remplace par un drain et un pansement à la mous-seline.

Mais le délire persiste, s'accroît, quoique la température reste normale et la plaie marche vers la cicatrisation. Au douzième jour de l'opération, l'émission de l'urine se fait en grande partie par les voies naturelles, et au bout de trois semaines la cicatrisation est parfaite.

Les manifestations cérébrales ne commencent à s'amender que vers la fin de la cinquième semaine, et ce n'est qu'au bout de deux mois que le malade est bien guéri, tout en conservant des traces de bronchite.

La miction s'effectue normalement. •

OBSERVATION XXIV

Croft. — Taille hypogastrique pour calcul. Suture de la vessie. Scarlatine intercurrente. Guérison (*Lancet*, 1888).

Il s'agit d'un enfant âgé de 8 ans qui entre à l'hôpital Saint-Thomas avec les symptômes de calcul vésical. Les urines sont alcalines, mais ne contiennent pas d'albumine.

On pratique la taille hypogastrique et on extrait un petit calcul urique. Suture de la vessie par dix points de Lembert, dont cinq au catgut et cinq au fil de soie. Suture profonde, au catgut, et suture superficielle, au fil de soie, pour la plaie abdominale.

Au deuxième jour de l'opération la fièvre éclate suivie de rash scarlatineux. Malgré cette pyrexie qui dura un mois et une rechute qui la suivit de près, la plaie vésico-abdominale marcha toujours franchement vers la guérison, sans aucun incident ; l'urine s'écoula toujours par l'urèthre. La partie superficielle de la plaie abdominale se répara par bourgeonnement, les points de suture ayant été enlevés aussitôt que la scarlatine se déclara.

OBSERVATION XXV

Kendal Franks. — Lithotomie sus-pubienne suivie de suture de la vessie (*Transactions of the royal academy of Medicine in Ireland*, vol. VI, 1888).

Homme, âgé de 65 ans, maître d'hôtel, fort, robuste, et de taille élevée. Jusqu'il y a deux ans, il avait joui d'une santé parfaite ; mais vers cette époque il s'aperçut que son urine prenait une teinte marc de café, que les mictions devenaient plus fréquentes.

L'année dernière il éprouvait souvent en urinant des douleurs assez vives se propageant à l'extrémité de la verge.

A son entrée à l'hôpital l'urine présente une réaction acide ; mais après quelques instants de repos il s'y produit un précipité épais, gélatineux, formé d'albumine, de globules de pus et d'une grande quantité de cristaux de triphosphate. La prostate est notablement hypertrophiée. Souffle systolique à la pointe du cœur.

Chloroformisation précédée d'injections sous-cutanées de mor-

phine et suivie d'inhalations d'éther, pour maintenir la narcose. Taille hypogastrique laborieuse, à cause de l'énorme quantité de graisse que présente la région. Extraction de trois calculs volumineux.

Les parois vésicales étant saines, on essaie d'obtenir la réunion *per primam*, en suturant la plaie avec du catgut suivant la méthode de Lembert. Injection d'épreuve sans qu'une goutte suinte à travers la suture. Suture, couche par couche, de la plaie abdominale avec drainage pervésical. On saupoudre la plaie avec de l'iodoforme; pansement à la gaze imprégnée de salol, recouverte avec de la laine de bois; compression avec une bande. Sonde à demeure se continuant avec un tube en caoutchouc qui conduit l'urine dans un vase placé en bas du lit.

Au cinquième jour on supprime la sonde et on cathétérise le patient toutes les heures. Au douzième jour le malade urine facilement par les voies naturelles. La plaie se réunit par première intention, sauf à l'endroit où passe le drain qu'on ne retira qu'au douzième jour de l'opération, ce qui permit la cicatrisation rapide de cet orifice.

On garde le malade en observation pendant 15 jours, après la guérison, sans que rien ne compromît à nouveau sa santé.

OBSERVATION XXVI

Lucas-Championnière. — Taille hypogastrique suivie de suture de la plaie vésico-abdominale. Guérison rapide (*Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, tome 15, 1889).

Boulanger, âgé de 44 ans. Il se plaint de douleurs vives de mictions sanguinolentes, consécutives, dit-il, à l'introduction dans la vessie d'une baguette de bois avec laquelle il aurait essayé de se sonder, et qui lui aurait échappé des mains.

Impossible de pratiquer le cathétérisme, tellement le malade souffrait. Plongé dans le sommeil chloroformique le sondage fut absolument négatif en ce qui concerne le corps étranger accusé par le patient.

Comme on pouvait se tromper à ce sujet, on pratiqua la taille hypogastrique — les affirmations du malade étant absolument catégoriques au sujet du corps étranger intra-vésical. La vessie ouverte et soigneusement explorée confirma le diagnostic du chirurgien : point de corps étranger.

Suture de la plaie vésicale : 5 fils de catgut comprenant la muqueuse et la paroi vésicale ; 6 fils de catgut comprenant la paroi vésicale sans la muqueuse ; 5 fils de catgut comprenant la paroi vésicale et les parties périphériques. Suture superficielle de la plaie abdominale aux crins de Florence ; drainage prévésical.

Cathétérisme dans la soirée. Le patient urina tout seul dans la nuit et continua de même les jours suivants.

Le drain fut déplacé au quatrième jour et complètement retiré le huitième jour. On enlève les sutures. Au vingt et unième jour de l'opération, le malade sort absolument guéri et n'a jamais ressenti depuis les douleurs dont il se plaignait avant l'opération et qu'il attribuait à un corps étranger imaginaire.

OBSERVATION XXVII

Du même. — Suture de la vessie à la suite de sa déchirure dans le cours d'une opération de cystocèle inguinale. Guérison (*Revue de Chirurgie*, 1889).

Journalier, âgé de 43 ans, atteint de hernie inguinale gauche, très douloureuse, depuis 3 mois.

Pendant que l'on opère la hernie, la vessie dissimulée sous un amas de graisse, est ouverte.

Suture totale de la vessie : huit points au catgut sur une ligne. Au-dessus, dix points, également au catgut. Sutures superficielles ; drainage.

On retire le drain au dix-neuvième jour de l'opération. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

Du même. — Cas analogue au précédent. (*Loc. cit.*).

Journalier, âgé de 44 ans, atteint de hernie inguinale gauche, contenant la vessie. Déchirure de la vessie pendant la cure radicale.

Suture de la vessie : 11 points au catgut comprenant toute la paroi vésicale, et formant un premier plan de suture ; 9 points de suture au catgut forment un second plan, par dessus le premier.

Deux autres points de suture, sur un troisième plan. De sorte que la paroi vésicale externe est adossée deux fois à elle-même, par dessus le plan profond de suture.

Douze sutures superficielles aux crins de Florence. Drainage.

Lavage quotidien de la vessie, avec la solution boricquée, pendant 12 jours.

Cinq jours après l'opération on enlève le drain. Mais il se produit, au treizième jour, un léger suintement d'urine.

On sonde le malade tous les soirs, à partir de ce moment, et, au dix-huitième jour de l'opération, il est parfaitement guéri.

OBSERVATION XXIX

Pozzi. — Taille hypogastrique suivie de suture de la plaie vésico-abdominale chez un vieillard de 80 ans. Guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, tome XV, 1889).

Prêtre, âgé de 80 ans, très vigoureux. Depuis 6 ans, il présente

des signes de calculs de la vessie : envies fréquentes d'uriner, dysurie, douleurs gravatives avec retentissement au bout de la verge, léger catarrhe vésical, marche pénible. Il n'a eu qu'une seule-hématurie, il y a six ans, après un voyage. Il y a deux ans et demi, on a reconnu la présence dans la vessie d'une pierre peu mobile.

Taille hypogastrique le 5 novembre 1888. Calcul volumineux très adhérent au fond de la vessie ; extraction pénible.

Suture de la vessie : un surjet au catgut réunit les lèvres de la plaie très près de leurs bords, sans piquer la muqueuse ; à quelques millimètres au-dessus, suture à points séparés, mais très rapprochés, également au catgut, mais plus fort, adossant les parois vésicales à la manière de la suture de Lembert. Par-dessus suture de la paroi abdominale : suture perdue du plan musculo-aponévrotique, au catgut, suture, à points séparés, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané avec le fil de soie. Gros drain prévésical à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Grands lavages boriqués de la vessie. Cathétérisme toutes les trois heures.

A partir du cinquième jour de l'opération le malade se lève durant une heure.

Au septième jour, quelques gouttes d'urine s'écoulent par le drain ; informations prises, on apprend que le malade n'avait pas été sondé depuis deux nuits.

A partir de ce moment une petite quantité d'urine souille de temps en temps le pansement. Aucun symptôme d'inflammation ou d'infiltration urinaire au niveau de la plaie abdominale : elle est parfaitement réunie.

Au quinzième jour, le patient reste levé toute la journée et on lui permet d'uriner seul ; miction facile. Le catarrhe vésical est plus prononcé, on le combat par deux injections boriquées, chaque soir.

Au bout de trois semaines, l'opéré, en parfait état de santé,

rentre chez lui. La fistulette abdominale, où l'on a maintenu un drain du plus petit calibre, jette à peine quelques gouttes. Après une légère inflammation due sans doute à la fatigue du voyage, la fistulette s'oblitére complètement, deux mois après l'opération. L'opéré jouit depuis d'une santé parfaite et fait plusieurs kilomètres à pied.

OBSERVATION XXX

Bazy.— Taille hypogastrique pour une ulcération de la muqueuse vésicale. Suture de la vessie. Guérison (*Gazette des Hôpitaux*, 1889).

Femme de 39 ans, boulangère, atteinte d'hématuries remontant à l'âge de 20 ans. Après intermittences plus ou moins longues, pendant de longues années, les hématuries réapparurent le 17 août 1888, accompagnées de vives douleurs dans l'aîne gauche et dans la vessie.

Ses urines redeviennent claires le 6 septembre mais le 7 octobre elles se reproduisent. Le 23 octobre, la malade entre à l'hôpital Beaujon. Elle est très pâle, a des éblouissements quand elle se met un peu brusquement sur son séant ; elle a même une syncope un jour qu'elle s'est levée.

La palpation bimanuelle et l'exploration intra-vésicale n'indiquent rien d'anormal. On pense avoir affaire à une ulcération de la vessie et, les indications étant pressantes, la taille hypogastrique est décidée.

A l'ouverture de la vessie la muqueuse apparaît lisse, pâle, sans fongosités ; mais sur la ligne qui rejoint l'orifice des uretères il existe, plus près de l'orifice gauche, une ulcération antéro-postérieure linéaire, large de 2 millimètres, longue de 1 centimètre, à bords légèrement soulevés et saignants. Comme il semble que l'uretère droit fournit du liquide coloré, on en fait le cathétérisme

pour s'en convaincre, mais on n'obtient aucun liquide, le calibre de la sonde employée étant trop petit. Du reste l'examen des reins pratiqué auparavant avait démontré leur intégrité.

Cautérisation avec le thermocautère de l'ulcération saignante. Suture de la vessie : une série de petites sutures en bourse, le long de la plaie, de façon que chaque suture empiète sur la précédente. Suture des muscles et de la peau de la plaie abdominale avec drainage de la cavité de Retzius. Pansement à la gaze iodoformée. Sonde à demeure.

Les jours suivants la malade eut de la fièvre et de vives douleurs dans le rein droit, symptômes de pyélo-néphrite que l'on attribue au cathétérisme de l'uretère. Néanmoins la réparation de la plaie vésico-abdominale se fait normalement et au huitième jour de l'opération, quand on voulut enlever les sutures superficielles on trouva le drain prévésical dans le pansement et sa place absolument cicatrisée comme le reste de la plaie, ce qui prouve que le drain était tombé, le jour même de l'opération, pendant le transport du malade de la salle d'opérations à son lit.

OBSERVATION XXXI

Schwartz. — Taille hypogastrique pour corps étrangers. Sutures de la vessie. Sonde à demeure. Guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, tome 15^e, 1889).

Homme de 42 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 23 juillet 1888, pour des troubles du côté de la vessie consistant en douleurs vives et difficulté pendant la miction. Il raconte qu'éprouvant des difficultés à uriner, il s'introduisit, au mois de février dernier, dans l'urèthre une petite sonde en plomb qui cassa et dont un morceau resta dans la vessie. Il ne s'en inquiéta pas autrement, quoiqu'il eût une cystite intense qui dura deux à trois mois.

L'exploration démontre la présence dans la vessie d'un calcul.

Antisepsie préalable à l'aide de prises quotidiennes de biborate de soude; taille hypogastrique; extraction du calcul développé autour du corps étranger.

Suture de la vessie : suture avec du fil de soie fin sur un plan, deuxième plan de suture par dessus. Suture partielle de la plaie abdominale; drainage prévésical. Sonde à demeure fixée au niveau du méat urinaire par un point de suture.

Suites satisfaisantes pendant les cinq premiers jours; mais, les jours suivants, quelques gouttes d'urine s'écoulèrent par le drain.

La sonde fut immédiatement renouvelée et le 19 août elle fut supprimée. Le malade était tout à fait guéri.

OBSERVATION XXXII

Anderson. — Taille sus-pubienne. Suture de la vessie. Guérison (*Lancet*, 1890).

Enfant âgé de 10 ans. Symptômes de calcul vésical remontant à un an. Urines claires laissant déposer un léger nuage de mucus; pas d'albumine.

Taille hypogastrique le 7 novembre 1889. Extraction d'un petit calcul.

Suture de la vessie : 7 points de Lembert avec de la soie phéniquée, en dépassant un peu en haut et en bas les limites de la plaie. Injection d'épreuve. Suture partielle de la plaie abdominale. Drainage prévésical. Pansement à l'iodoforme et à la ouate sublimée.

Nuit tranquille. L'urine s'écoule par l'urèthre.

Pneumonie intercurrente; toux violente. La plaie a toujours bon aspect; aucun liquide ne s'écoule par le tube à drainage;

mictions faciles. La toux est très fatigante. Aucun trouble du côté de la vessie. On retire les points de suture. La pneumonie s'amende. La plaie se répare rapidement. Un mois après son entrée à l'hôpital le petit opéré est présenté absolument guéri à la société médico-chirurgicale de Nottingham.

OBSERVATION XXXIII

Tuffier. — Taille hypogastrique pour rétrécissement urétral blennorrhagique infranchissable. Suture de la plaie vésico-abdominale. Guérison par première intension (*Thèse de M. Dietz, Paris, 1890*).

Homme âgé de 51 ans, grand, vigoureux. Blennorrhagie à l'âge de 25 ans ayant duré six mois et persistant sous forme d'une goutte matinale. Injections nombreuses et répétées contre ce reliquat blennorrhagique qui disparaît. Depuis, mictions difficiles, fréquentes, accompagnées de besoin d'aller à la selle. Deux mois avant son entrée à l'hôpital (5 avril 1888) incontinence.

A l'examen rétrécissement de la région bulbeuse, inextensibilité du canal dans la région périnéale. Aucune bougie ne peut traverser le rétrécissement. Le reste de l'appareil urinaire est sain.

Tentatives répétées de cathétérisme infructueuses.

Taille hypogastrique le 17 mai. Tentatives de cathétérisme rétrograde infructueuses. Uréthrotomie externe au point où la sonde est arrêtée, après avoir été introduite par l'orifice vésical. Fixation de la sonde à ce niveau.

Suture de la vessie ; suture au catgut à points séparés passant à 3 millimètres en dehors du bord cruenté de l'incision vésicale ; neuf points sont ainsi placés traversant et adossant les surfaces cruentées, sans traverser la muqueuse. Par-dessus cette suture, un deuxième plan, à points continus, à la soie, méthode de Lem-

bert. Suture de la paroi abdominale à la soie. Pas de drain pré-vésical. Pansement iodoformé et ouaté.

Réunion de la plaie *per primam* ; les fils sont enlevés le cinquième jour ; le patient urine librement. Le seul inconvénient qui ait résulté de cette intervention c'est que cet homme retenait difficilement ses urines dans la position debout. Il sortit de l'hôpital en parfait état dilaté par les Béniqués jusqu'au n° 50.

Au mois d'octobre 1889 ce malade rentra à l'hôpital avec tous les signes d'un nouveau rétrécissement urétral. Deuxième uréthrotomie externe. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

Du même. — Rétrécissement urétral. Uréthrotomie interne. Néoplasme vésical. Taille hypogastrique. Suture vésicale. Drainage prévésical. Sonde à demeure. Réunion *per primam*. Mort consécutive à l'envahissement néoplasique de l'excavation pelvienne. Autopsie (*Thèse de M. Dietz*, Paris, 1890).

Ferblantier, âgé de 72 ans, entre à l'hôpital Cochin le 14 novembre 1888.

Blennorrhagie à 20 ans ayant duré 6 à 8 mois. Il y a 8 ans, apparition de symptômes de rétrécissement urétral. Uréthrotomie interne. En 1883, mêmes symptômes. Deuxième uréthrotomie interne.

Puis quatre autres uréthrotomies internes, la dernière en février 1888. Depuis trois mois, hématurie compliquée de symptômes de rétrécissement.

Le 30 novembre, nouvelle uréthrotomie interne. Cessation puis réapparition des hématuries. On diagnostique une tumeur vésicale.

Taille hypogastrique le 13 décembre. Infiltration néoplasique

de la paroi antérieure de la vessie ; saillies dures, grosses, que l'incision vésicale a traversées dans sa partie supérieure. Paroi postérieure rouge, granuleuse. Le néoplasme envahit le péritoine qu'il est impossible de décortiquer du sommet de la vessie.

Extirpation impossible.

Suture de la vessie en deux étages : points au catgut réunissant les lèvres de la plaie sans intéresser la muqueuse ; deuxième plan superficiel comprenant six points de Lembert à la soie. Suture des muscles au catgut et de la peau aux crins de Florence. Drainage prévésical. Pansement à l'iodoforme, à la gaze phéniquée et à la ouate. Sonde à demeure. Deux lavages bori-
qués par jour.

Le 20 décembre, on retire les sutures. Le 24, la plaie est cicatrisée ; légère suppuration du trajet du drain. Renouvellement de la sonde.

Le 3 janvier la cicatrisation est parfaite. Suppression de la sonde.

Le 30 janvier, mictions faciles sans douleurs ; urines fétides ; hématuries intermittentes.

Le 24 février, hématurie, fièvre, douleur hypogastrique.

Le 6 mars le malade se retrouve comme par le passé. Il reste ainsi jusqu'en mai.

A cette époque hématuries abondantes et rebelles cachexie rapide. La tumeur augmente de volume ; elle fait saillie au-dessus du pubis. Le 24 août, mort.

A l'autopsie, adhérence complète de la paroi vésicale à la paroi abdominale.

OBSERVATION XXXV

Observation *inédite* communiquée par MM. Ricard et Clado. — Taille hypogastrique pour rétention d'urine consécutive à une rupture de l'urèthre. Cathétérisme rétrograde par la sonde à boule du Dr de Pezzer. Suture de la vessie. Suture secondaire de la plaie abdominale. Guérison rapide.

Fantin Auguste, âgé de 16 ans journalier.

Inutile de rappeler ses antécédents, son affection actuelle étant traumatique.

Le malade a fait une chute sur le dos dans les conditions suivantes :

En voulant monter sur le siège d'une voiture de courses, il tomba et une des roues du véhicule passa sur sa jambe gauche.

Il est difficile d'analyser le mouvement de la chute pour savoir si le malade, avant de tomber par terre, n'était pas tombé à califourchon sur une roue du véhicule.

A son entrée à l'hôpital, on constate d'abord une fracture siégeant au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche ; elle affecte les deux os et est compliquée de plaie. Un lambeau de muscle fait saillie à travers la peau. Lavages, pansements antiseptiques, résection du lambeau musculaire, immobilisation et compression. En même temps que cette lésion de la jambe le malade présente des symptômes d'une rupture de l'urèthre siégeant dans la portion membraneuse. Ce diagnostic est tiré des considérations suivantes :

1° Uréthrorrhagie en dehors de la miction.

2° Urine colorée par le sang.

3° Miction difficile et douloureuse. — Le malade parvient cependant à vider sa vessie.

4° L'examen de la région périnéale reste négatif tant au point de vue d'une contusion directe qu'au point de vue d'une tumeur périnéale. Pas de fracture du bassin. Une tentative de cathétérisme faite séance tenante reste sans résultat.

Deux jours après, rétention d'urine ; impossibilité de cathétérisme. Ponction hypogastrique.

Le soir et le lendemain de nouvelles tentatives de cathétérisme ne réussissent pas davantage.

L'opération de la taille hypogastrique est décidée pour le matin et faite avec facilité, sans ballon de Petersen, grâce à la distension de la vessie.

Cathétérisme rétrograde. On passe à travers le canal une sonde en caoutchouc du D^r de Pezzer, laquelle, grâce à sa boule, reste parfaitement fixée dans le canal.

Les conditions de fixité, de calibre, de souplesse et de tolérance de cette sonde nous décident à faire la suture immédiate de la vessie.

Le procédé de suture dont nous nous sommes servis est le suivant :

Premier temps. — Après avoir attiré la vessie légèrement au dehors, à travers les lèvres de la plaie musculo-cutanée, nous arrivons aisément à décoller la tunique muqueuse de la tunique musculieuse de la vessie. Ce temps est rendu plus facile grâce à la suspension de la vessie.

Deuxième temps. — La muqueuse est grattée avec le bistouri dans toute la partie qui correspond à l'incision, sur une étendue de 5 ou 6 millimètres.

Troisième temps. — Les lèvres de la muqueuse ainsi avivées sont réunies à l'aide d'un premier plan de sutures en surjet. Un second plan de sutures en surjet, avec le même fil, réunit les lèvres de la tunique musculieuse. Ces sutures ont été faites avec du fil de soie.

Séance tenant la vessie est lavée à grande eau boriquée par la sonde uréthrale et l'on peut constater que dans l'état de distension moyenne de la vessie aucune goutte de liquide ne traverse la suture vésicale. L'eau qui revient par la sonde n'est pas colorée par le sang.

La plaie abdominale n'a pas été suturée immédiatement.

Suites opératoires très simples. La sonde du Dr de Pezzer reste à demeure pendant 6 jours et fonctionne très bien. Au bout du sixième jour, on retire la sonde ; le malade urine très bien. La suture de la plaie est parfaite sans qu'aucune goutte d'urine en ait filtré durant la cicatrisation.

La plaie cutanée est alors réunie par une suture immédiate secondaire, au fil d'argent, et guérit rapidement.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS.

De l'étude que je viens de faire il découle les conclusions suivantes :

1° La suture primitive de la vessie possède sur les autres méthodes de traitement de la plaie hypogastrique deux grands avantages incontestés :

Celui d'abrégé notablement la durée du traitement ; celui de mettre plus sûrement à l'abri d'une fistule vésico-abdominale.

2° Les procédés de suture les plus recommandables sont ceux de Lembert, de Lucas-Championnière, de Bazy, de Pozzi, de Schwartz, de Ricard et Clado. On pourrait tenter celui de Brenner qui a donné d'excellents résultats sur les animaux.

3° En aucun cas il n'est permis de piquer la muqueuse de part en part, cette pratique favorisant la filtration de l'urine et la formation de nouveaux calculs autour des fils tombés dans la cavité vésicale.

4° En ce qui concerne le fil à sutures, le catgut est préférable à cause de sa facile résorption, toutes les fois où l'on présume que la réunion se fera *per primam* ; dans les cas contraires, il faut donner la préférence au fil de soie, plus résistant.

5° Le succès de la suture est subordonné à trois principales conditions : à l'état satisfaisant des parois vésicales ; à la dérivation de l'urine ; à l'antisepsie extra et intra-vésicale.

6° Les altérations profondes des tuniques vésicales et principalement de la muqueuse, le délabrement des lèvres de la plaie, les plaies intra-vésicales consécutives à l'ablation de tumeurs largement implantées sont des contre-indications de la suture de la vessie.

7° La dérivation de l'urine s'obtient, soit par la sonde à demeure, soit par le cathétérisme fréquemment répété. Le premier moyen doit être préféré toutes les fois que la sonde est tolérée.

8° Le fonctionnement de la sonde doit être attentivement surveillé, car il peut être compromis par l'occlusion ou le déplacement de la sonde.

9° La sonde à boule du Dr de Pezzer réunit toutes les conditions requises au point de vue du fonctionnement, mais elle présente deux inconvénients quant au renouvellement qui peut être nécessité et quant au retrait définitif.

10° L'antisepsie doit être extra et intra-vésicale. La première est assurée par les lavages et pansements antiseptiques ordinaires ; quant à l'antisepsie intra-vésicale elle doit être réalisée par l'administration, *intus*, de médicaments antiseptiques. Les injections antiseptiques intra-vésicales, distendant la vessie et compromettant la solidité et la réunion de la plaie, doivent être proscrites.

11° L'herméticité de la suture vésicale ne semble pas indispensable pour le succès de la cystorrhaphie, pourvu que la vacuité constante de la vessie soit assurée par le bon fonctionnement de la sonde.

12° Quant à la plaie abdominale, la pratique la plus recommandable à son égard consiste en la suture partielle, de façon à ménager à l'angle inférieur de cette plaie la place nécessaire pour un drain prévésical en guise de soupape de sûreté.

Vu : le Président de la thèse,

PANAS

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

ÉPILOGUE

De l'ensemble de cette étude la suture primitive de la vessie apparaît comme la méthode la plus rationnelle de traitement de la plaie hypogastrique.

Il faut avouer cependant que les méthodes adverses, et particulièrement la méthode Périer-Guyon, ont donné d'excellents résultats définitifs.

Le grand avantage de la suture vésicale, — l'abréviation de la durée du traitement, — quelque important qu'il soit, perdrait toute sa valeur, s'il était compensé par une mortalité plus élevée relativement aux autres méthodes de traitement.

Il serait à désirer qu'une statistique rigoureuse établît la relation qui existe entre la suture primitive de la vessie et la méthode rivale Périer-Guyon au point de vue de la mortalité.

Alors seulement on pourrait se prononcer d'une façon catégorique en faveur de l'une ou de l'autre méthode.

Jusque-là il n'est permis que de présumer que *l'avenir appartient à la suture primitive de la vessie.*

